

Voir l'item complet page 1307
et sur larevuedupraticien.fr

Ce FOCUS attire votre attention
sur des points importants.

Adénocarcinome pancréatique : quelle prise en charge ?

Dr Louise Barbier¹, Pr Jean-Robert Delpero²

1. Chirurgie hépato-bilio-pancréatique, hôpital Beaujon, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 92110 Clichy, France

2. Chirurgie oncologique, institut Paoli-Calmettes, Aix-Marseille Université, 13009 Marseille, France

louise.barbier@bjn.aphp.fr

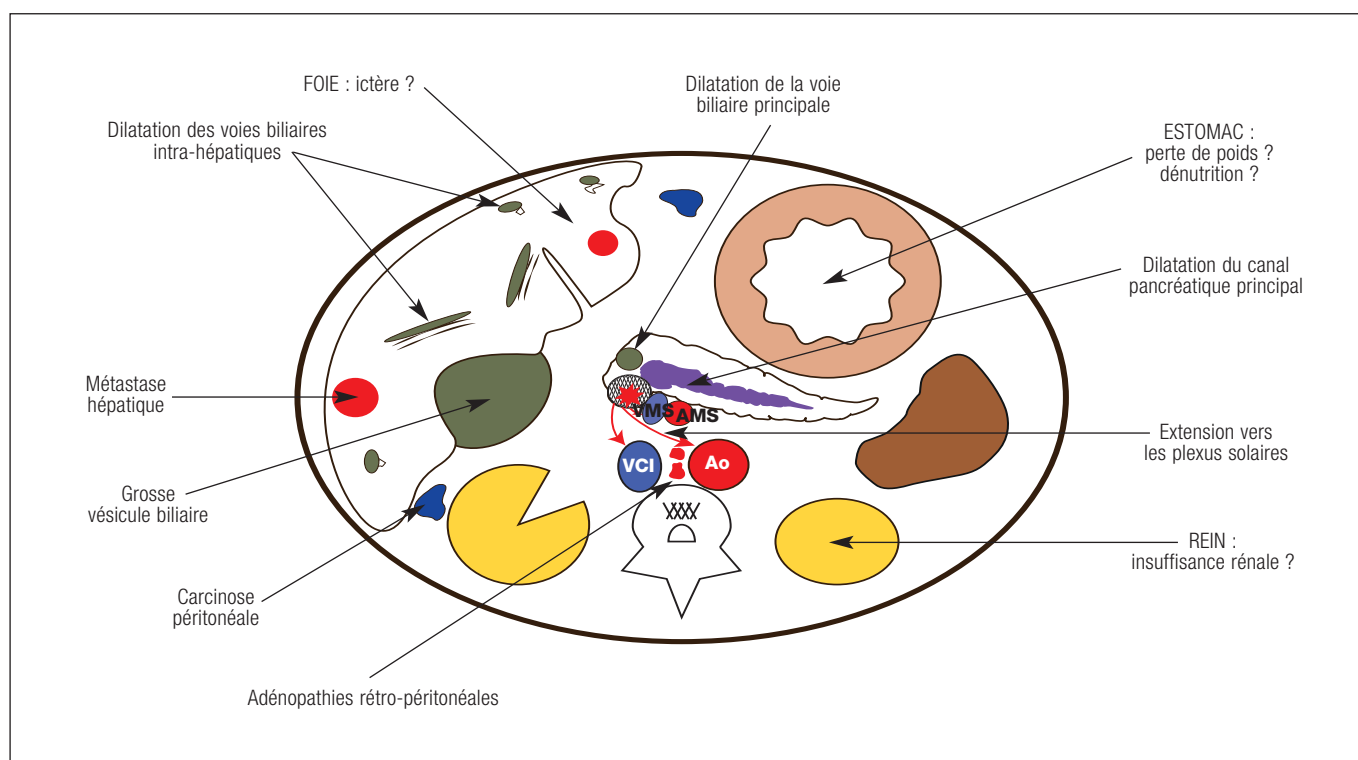


FIGURE Schéma d'une coupe de scanner abdominal injecté chez un patient présentant un adénocarcinome de la tête du pancréas (schéma simplifié regroupant plusieurs niveaux de coupe pour l'aspect didactique).

L'essentiel du diagnostic d'un adénocarcinome de la tête du pancréas peut être résumé sur quelques coupes de scanner abdominal injecté. La lésion cancéreuse (étoile rouge) n'est pas toujours clairement limitée. Cependant, la présence d'un processus tumoral invasif de la tête du pancréas doit être fortement suspectée devant la double dilatation du canal pancréatique principal et des voies biliaires (intra-hépatiques et principale). Si la vésicule biliaire est toujours en place, elle est souvent rétentionnelle et augmentée de taille. Devant une dilatation simple de la voie biliaire principale et des voies biliaires intra-hépatiques, un calcul du bas cholédoque doit être éliminé par une bili-IRM ou une écho-endoscopie ± cathétérisme rétrograde si nécessaire.

Le scanner doit également rechercher des signes d'extension de la maladie. Tout d'abord, le contact de la tumeur avec les vaisseaux mésentériques (veine et artère), dont l'envahissement ne contre-indique pas systématiquement la résection chirurgicale. En revanche, la présence de métastases hépatiques ou pulmonaires, d'adénopathies à distance et de lésions de carcinose péritonéale constitue une contre-indication au traitement curatif chirurgical ; une chimiothérapie palliative peut alors être proposée. Une extension postérieure de la tumeur vers le rétropéritoine et les plexus solaires (flèches rouges) peut exister et se traduit cliniquement par des douleurs épigastriques transfixiantes nécessitant des antalgiques de palier 2, voire 3, appelées douleurs solaires.

Les patients chez qui un adénocarcinome de la tête du pancréas est découvert se présentent dans la majorité des cas avec un ictère rétionnel (ictère cutanéomuqueux, urines foncées, selles décolorées, prurit) et dans un contexte d'altération de l'état général parfois important avec asthénie, anorexie, amaigrissement. La perte de poids et la dénutrition doivent systématiquement être recherchées et traitées. Un ictère important participe à l'inappétence et l'anorexie. Des signes d'insuffisance pancréatique endocrine (apparition récente d'un diabète, décompensation d'un diabète ancien équilibré) peuvent être associés ou constituer le symptôme d'alerte conduisant à la découverte du cancer. Plus rarement, c'est un épisode de pancréatite aiguë qui amène à découvrir un obstacle tumoral du canal pancréatique principal. Une insuffisance rénale multifactorielle (deshydratation, ictère, diabète déséquilibré) doit être dépistée.

Au terme de ce bilan clinique, biologique (bilan standard, hépatique et CA 19-9) et radiologique, la tumeur peut être classée : 1) d'emblée résécable, 2) potentiellement résécable, 3) métastatique. Dans le premier cas, une chirurgie peut être proposée d'emblée, et l'obtention d'une preuve histologique n'est pas indispensable si le contexte clinique et la sémiologie radiologique sont typiques. La chirurgie consiste en une duodéno-pancréatectomie céphalique (ablation de la tête du pancréas et du duodénum), intervention lourde qui ne peut être proposée que chez un patient dont l'état général et nutritionnel le permet. Un drainage biliaire endoscopique avec pose de prothèse et une renutrition orale peuvent être nécessaires pour préparer le patient à

l'intervention. Une chimiothérapie postopératoire est le plus souvent indiquée. Dans le second cas (tumeur potentiellement résécable), un traitement néoadjuvant (chimiothérapie et/ou radiothérapie) est proposé, et alors une histologie est nécessaire. La chirurgie peut être effectuée dans un deuxième temps. Dans le troisième cas (adénocarcinome métastatique), seule une chimiothérapie palliative est possible, après obtention d'une histologie tumorale.

Dans tous les cas, le dossier du patient doit être discuté de façon collégiale en réunion de concertation pluridisciplinaire, avec établissement d'un programme personnalisé de soins, adapté à l'état général du patient et dans le respect des référentiels de bonne pratique. Le tabac, qui constitue un facteur de risque de cancer pancréatique, doit être arrêté. Des lésions précancéreuses comme celles de tumeurs intracanales papillaires et mucineuses du pancréas, si elles sont présentes dans le reste du parenchyme pancréatique, doivent être particulièrement surveillées. Le cancer du pancréas peut s'intégrer dans des syndromes génétiques déterminés tels la mutation du gène BRCA2, le syndrome de Peutz-Jeghers, le syndrome de Lynch, la pancréatite chronique héréditaire, et la mélanome familial multiple. Enfin, il existe de rares formes de cancer pancréatique familial et la présence d'un cancer du pancréas chez au moins deux apparentés au premier degré doit motiver une consultation d'oncogénétique. •

L. Barbier déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

La question de l'adénocarcinome pancréatique peut s'intégrer dans une question transversale de cancérologie et de relation médecin-malade. On pourrait par exemple proposer le cas d'un patient âgé de plus de 75 ans avec des comorbidités multiples se présentant aux urgences pour un ictère avec altération de l'état général et perte de 15 kg en 3 mois et douleurs transfixiantes. Une échographie puis un scanner injecté sont réalisés, objectivant une double dilatation biliaire et pancréatique sur un obstacle de la tête du pancréas avec métastases hépatiques. Une iconographie de scanner peut être

soumise à interprétation. Vous organisez alors une écho-endoscopie avec ponction et un cathétérisme biliaire avec mise en place d'une prothèse. Les thèmes abordés seront l'annonce de la maladie grave et la personnalisation de la prise en charge médicale, ainsi que la prise en charge et l'accompagnement d'un malade cancéreux. On peut vous demander votre prise en charge à visée antalgique pour les douleurs solaires. Au cours d'une chimiothérapie palliative, le patient présente une neutropénie fébrile : quelle est votre prise en charge ? Un dossier d'endocrinologie pourrait intégrer des questions sur les tumeurs

endocrines du pancréas. Par exemple, 1) le bilan d'une hyperparathyroïdie fait découvrir 2 tumeurs neuroendocrines du pancréas, faisant rechercher une néoplasie endocrinienne multiple de type 1 ; 2) l'exploration d'hypoglycémies amène à la découverte d'un insulinoïde. À la fin d'un dossier de chirurgie digestive avec prise en charge en urgence d'un ulcère perforé, on vous indique que le patient a déjà présenté 3 ulcères, et qu'il a en outre une diarrhée. Vous évoquez alors le diagnostic de gastrinome avec syndrome de Zollinger-Ellison.